

### 1 自己評価及び外部評価結果

**【事業所概要(事業所記入)】**

事業所番号	2272300861		
法人名	(有)みなみ風		
事業所名	グループホームみなみ風		
所在地	静岡県富士市伝法1773-1		
自己評価作成日	平成22年2月15日	評価結果市町村受理日	平成22年4月7日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosin/infomationPublic.do?JCD=2272300861&amp;SCD=320">http://www.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosin/infomationPublic.do?JCD=2272300861&amp;SCD=320</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	有限会社システムデザイン研究所
所在地	静岡県静岡市駿河区馬淵2-14-36-402
訪問調査日	平成22年2月17日

**【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】**

人生の幕引きをするまで、自分らしく生きてきたと思えるような家、家族の役割のできる職員でありたい。
--

**【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】**

代表者は「高齢者施設が一般の家庭のようであれば…」と願っており「第二の我が家」を目指している。また、ターミナルケアの体制の整ったグループホームとして地域福祉に貢献したいと考えている。ターミナルに取り組むにあたり、職員の精神的ケアについては、心構えやメンタルケアについて代表者が都度話して聞かせている。今後は看取り加算も取得する計画をもっており、マニュアル作成を現在進めている。日々の利用者の健康管理は、24時間の連絡体制、月1回の往診など日頃から医療機関との連携を図っている。
--

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します**

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場合やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

## 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	「その人らしく第2の家で、終の棲家として暮らす。」の方針を、みなみ風の理念として「みなみ風が吹く、第2の我が家で、ゆっくり、のんびり、なじみの仲間と自分らしく、いつまでも」にまとめ、日々努力している。	理念は玄関に掲げてあり、職員は理念の意味を理解している。また、ことあるごとに理念を軸にミーティングで話し合っている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	散歩の時に地域の人への挨拶や声掛けを行っており、自治会に加入し、ゴミ当番やお祭りなど地域の行事に参加している。中学生の福祉体験の受入や、野菜などを頂いたりと日常、地域との交流をしている。	町内会に加入しており、回覧板も廻してもらっている。また、中学生の職業体験、福祉専門課程をとっている高校生の実習などを受け入れている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	運営推進会議の席や、キャラバンメイトとして認知症の理解や支援方法を話している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議は、小規模多機能居宅介護永遠の家と合同で定期的に関催され、市職員・民生委員・家族・利用者・地域住民の参加の下でホームの状況報告、職員の異動、ホームの課題などの話し合いが持たれ有効に活用している。	おおよそ2ヶ月に1回運営されている。メンバーは市役所の担当者、地域住民、家族、職員などで構成され、同法人の小規模多機能施設とともに運営している。キャラバンメイトを招いて開催したこともある。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	介護認定更新申請時や、市による連絡会などの参加や、利用者や事業所としての相談などを通して関係作りを行っている。	書面は直接届けるようにしており、情報交換をとっている。また、運営推進会議にも市役所の担当者に参加してもらっている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	玄関の施錠は勿論のこと、動き回る人に対しても危険のないよう寄り添い、自由に行動できるケアをしている。	ゼロ宣言している。身体拘束はしていない。鍵もかけていない。言葉掛けについても現在気になる職員はいない。待つケアサービスができています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	ミーティングなどを利用し、職員へ啓蒙している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	活用に至るまでには現在のところないが、必要な人に対しての支援はしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時に説明はしており、疑問点とうはその都度説明し納得してもらうよう努力している。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	ホーム入口に苦情受付を明記、設置し、また運営推進会議、ミーティングとうを利用し反映する努力をしている。	事業所の状況などは毎月「オレンジ通信(事業所だより)」でお伝えしている。家族からの希望・要望が特にならないため、職員は電話や面会の際に話を積極的に聴くように心がけている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	ミーティングを利用し意見・提案を聞いている。	毎朝のミーティングで意見を収集し、運営に活かしている。賞与時には個人面談もしており、定期的な話し合いの機会もついている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	できるだけやりがいの持てる職場にしていきたいと日々努力している。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	研修、ミーティング、朝の申し送りとうを利用し職員間で共有しトレーニングしている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	富士市内のGH交流、交流研修などを行ない井の中の蛙にならないよう努力している。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 実践状況	実践状況 次のステップに向けて期待したい内容
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>				
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	センター方式を利用し職員同士問題を共有しながら利用者さんとの信頼関係を構築している。	
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	家族の要望を聞きながら、問題を解決して行き不安を少しでも軽減できるよう関係づくりをしている。	
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	家族の意向を契約時に聞き、必要があって、医療機関を利用する場合はその都度家族に聞いて支援しているが、立ち上げの時より終末期までを考えているので他のサービスを利用したことはない。	
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員が、介護しているという立場でなく共に過ごすよう心掛けをし、日頃の会話をしながら、利用者一人一人がその人らしい生活を送れるよう、さりげない支援をしている。職員も利用者から学ぶ姿勢、尊敬を大切にすることが大切だと感じています。	
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	利用者にとって家族はとても大切な人であることを常に考え、利用者、家族の安心できる関係に努めていく努力をしている。	
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	面会、外出とう希望があれば自由に行っている。	知り合いや友人の電話や訪問がある際は、プライバシーを配慮しつつスムーズなやりとりができるよう支援している。
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	重症化し、頻度は少ないが時として、お互い支援しあっているこけいが見られる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	お亡くなりになっても時間が経過し、家族の落ち着きが出てきた頃家族の訪問がある。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	職員が利用者と共に生活する中で、希望・意向を話し合い、困難な場合は表情や動作の合図などで収集し、その実現に取り組んでいる。	利用者の話したことを「介護記録」に記載し、想いや意向を共有化している。意思疎通が難しい状態の利用者の場合は、日常的な言葉や表情などの変化をよく見ることで判断している。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	家族、ケアマネより情報をもらい、センター方式を利用し把握に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	センター方式の活用、日々の記録を通して把握するよう努力している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人、家族や関係者より得た情報を基に毎月のミーティング、必要時職員が集まり、案を作成し介護計画を作成している	日々の記録を基に「みなみ風カンファレンス」シートを作成している。センター方式を導入し、職員の心身が利用者に影響することへの意識づけに努めている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の記録に記入し、ミーティング等を利用し情報を共有している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	「ねばならない」という考えをなくし、その時々各利用者に必要なケアができるよう努力している。		

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	住宅街の中にあり、近くに公園、幼稚園があり、隣の林の中に鳥の声を聞いたりとしている。			
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	月1度の往診を受けている。本人や家族の希望があればかかりつけ医の医療を受けられるように支援しているが、ホームの契約している医院に移行する人がほとんど全員である。	受診支援は基本的に職員がしている。「医療記録」は「介護記録」に記載し、情報の共有化を図っている。		
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	看護師に介護職はいつもと違う変化を報告したり、看護師は日々利用者と関わっており、適切な支援が受けられていると思う。			
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時に面会をしたり、往診時、医師に情報提供をし関係作りをしている。			
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	利用者、家族には希望があれば、当初より終末期までお受けする方針を伝えた上で入居いただいている。本人、家族、職員、医療チームと共有している。	契約時に、「ターミナルに取り組む」という事業所の方針を家族に明瞭に伝えている。今後は看取り加算も視野に入れ、マニュアルなど書式作成を進めている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	マニュアルを作成しミーティングを利用し、教育している。			
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回訓練を永遠の家と合同で行っており、地域住民にも音で報せるようにし協力体制を仰いでいる。	年2回、隣接の小規模多機能施設と合同で行っている。備蓄も3～4日分ある。	炊き出し(豚汁やカレーなど)など「楽しさ」も加え、近所の皆さんへの誘いかけも期待する。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	「自分らしくいつまでも」暮らしていただけるよう尊重し、誇りや、プライバシーの保護と、十分に気を配っている。言葉掛けに対しても配慮している。	どんな呼ばれ方をされたいか利用者に確認し、利用者が呼ばれたい名前呼びかけようとしている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	束縛せず、返答がゆっくりの方でも落ち着いてせかさず話している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	「ゆっくり、のんびりなじみの仲間と自分らしくいつまでも、を念頭においてできる限り利用者の望む方向で過ごせるように支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	スカーフを首に巻いたり、一緒に買い物に行きマニキュアを買ってきて楽しみおしゃれをしていることもある。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	何を食べたいか聞いてメニューを決めたり、一緒に野菜の皮剥きをしたり、食器拭きのお手伝いをお願いしたりしている。	当日利用者の希望を聞いてからメニューを決め調理しているが、栄養バランス・彩り・味つけなどの品質が大変高い。終わりの時間がなく、本人のペースでゆっくり食事をしている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事の時は職員も一緒に傍にいて食べ、摂取量を観るようにしている。足りない時は、その人の好きな物を摂取していただいている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後口腔ケアはしている。できるところは本人にさせていただき、できていない所を職員がフォローしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	時間を見ながら、本人の声や態度を見逃さないように気を配っている。	便と水分のチェックをし、状態の変化に対応できるようにしている。また、スムーズな促しができるように職員は利用者の言動に配慮している。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排泄チェック表を活用して長期間便秘ということのないよう食事、飲み物、服薬をしている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	夕方から「お風呂空いていますが、入りますか？」などと聞きながら入浴をいただいている。起床時に入る方もいます。	入浴嫌いの利用者以外は毎日入浴している。時間も特に決めておらず、利用者の希望に応じている。嫌いという利用者には時間を替えるなど、動機づけの方法を職員で話し合い、試行を繰り返している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	必要時自室で休憩したり、夜間眠り易い温度調整をしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	看護師在中にて変化の確認はできている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	気分転換の散歩、永遠の家への訪問、ボランティアの活用と気分転換を図っている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	外出したい。という希望、本人のその日の体調を考慮しながら、買い物、ドライブ、散歩などしている。引き籠りがちにならないよう時々こちらから誘うこともある。	利用者が主体的に「でたい」ということはないが、天気と利用者の心身の状態で判断し、散歩への誘いかけはするようにしている。また、デッキで日光浴や事業所の前にある畑で土いじりをしたりなど、陽と風に当たる機会はふんだんに設けている。	

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	日常はお金は所持していないが、買い物へ行った時、お金を自ら支払ってもらうこともある。			
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	架けたい時に電話をしたりする。手紙は書くことはないが相手からの手紙を読んで懐かしんでいる。			
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	陽射しの強い日にはカーテンを閉め光量を調整したり、朝の日光を浴びれるようにしたり、している。また季節感ができるように窓に装飾をしたり行事の写真を貼ったりしている。	アクティビティの成果物が壁やテーブルなどに飾られ、明るい雰囲気がある。掃きだしになっているので、デッキを通じて外に出ることができる。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	ソファールをおいて気の合った人同士おしゃべりをしたり、独りになりたいときは自由に自室で休んだり思いのままに過ごしている。			
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	使い慣れたものを使用していただくよう家族にお願いはしている。	趣味のものが置かれ、壁には家族の写真や好みの絵画などがある。整理整頓がゆきとどき、清潔である。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	個々が安全に生活できるよう、建物全体バリアフリーで、必要な箇所に手すりを設置している。			